MISSISSIPPI WORKERS' COMPENSATION

NOTICE OF COVERAGE

I. Please take notice that your Employer is in compliance with the requirements of the Mississippi Workers' Compensation Law, and maintains workers' compensation insurance coverage with the following:

Zurich American Insurance Company of Illinois
(Name of insurance carrier or self-insurance group)
1299 ZURICH WAY
SCHAUMBURG, IL 60196-5870
800-987-3373
(address & telephone number)

II. Individual workers' compensation claims will be submitted to and processed by:

GALLAGHER BASSETT
(Name of third party claims administrator or claims office)
PO BOX 4104
SCHAUMBURG, IL 60168-4104
877-942-3327
(address & phone number)

III. This workers' compensation coverage is effective for the following period: **1/1/2025** to **1/1/2026**.

IV. All job related injuries or illnesses should be reported as soon as possible to your immediate supervisor, or to the person listed below:

_____
(Name of employer contact person)

_____
(Title & Department/Division)

V. Please be advised that any person who willfully makes any false or misleading statement or representation for the purpose of obtaining or wrongfully withholding any benefit or payment under the Mississippi Workers' Compensation Law may be charged with violation of Miss. Code Ann. §71-3-69 (Rev. 2000) and upon conviction be subjected to the penalties therein provided.

2001 M.W.C.C. Notice of Coverage Form

Primary Insured/Employer Name:
Employment Enterprises Inc
Location Insured/Employer Name (DBA):

10550 Linden Lake Plz Ste 200, Manassas, VA 20109-6495

Provided by PostingNotice.com

COMPENSACIÓN AL TRABAJADOR DE MISSISSIPPI

NOTIFICACIÓN DE COBERTURA

I. Por favor tome nota que su Empleador está en cumplimiento con los requisitos de la Ley de Compensación al Trabajador de Mississippi, y mantiene seguro de compensación al trabajador con el siguiente:

Zurich American Insurance Company of Illinois
(Nombre del asegurador o grupo de seguro propio)
1299 ZURICH WAY
SCHAUMBURG, IL 60196-5870
800-987-3373
(dirección y número de teléfono)

II. Los reclamos individuales de compensación al trabajador serán entregados y procesados por:

GALLAGHER BASSETT
(Nombre del administrador de reclamos de terceros u oficina de reclamos)
PO BOX 4104
SCHAUMBURG, IL 60168-4104
877-942-3327
(dirección y número de teléfono)

III. Esta cobertura de compensación al trabajador está en vigencia durante el siguiente periodo:
1/1/2025 hasta 1/1/2026.

IV. Todas las lesiones o enfermedades laborales deben ser reportadas tan pronto como sea factible a su supervisor inmediato, o a la siguiente persona:

(Nombre de la persona de contacto del empleador)

(Título y departamento o división)

V. Por favor tenga presente que cualquier persona que intencionalmente hace cualquier declaración o representación falsa o engañosa con el propósito de obtener o retener erróneamente cualquier beneficio o pago bajo la Ley de Compensación al Trabajador de Mississippi puede ser acusado de infracción de Miss. Code Ann. §71-3-69 (Rev. 2000) y al ser condenado será sujeto a las penas provistas en ella.

Primary Insured/Employer Name:
Employment Enterprises Inc
Location Insured/Employer Name (DBA):

Provided by PostingNotice.com